

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1971

7111E

N°

100

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Monique DORINIE - BAULON

Née le 31 Août 1944 à Angers

Présentée et soutenue publiquement le

1971

LE TRAITEMENT AMBULATOIRE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

ENQUÊTE SUR 50 CAS

Président : Monsieur C. SORS, Professeur Agrégé

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1971

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Monique DORINIE-BAULON

Née le 31 Août 1944 à Angers

Présentée et soutenue publiquement le

19

LE TRAITEMENT AMBULATOIRE DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

ENQUÊTE SUR 50 CAS

Président : Monsieur C. SORS, Professeur Agrégé



A MES PARENTS

A Monsieur le Professeur
Agrégé S O R S

qui a bien voulu patronner
ce travail

LE TRAITEMENT AMBULATOIRE DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE

ENQUETE SUR 50 CAS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

P L A N



INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

I - HISTORIQUE

- A . Les premières tentatives
- B . Cures climatiques et lois sociales
 - a) thérapeutique climatique
 - b) lois sociales favorisant les cures
- C . Développement des techniques d'exploration et progrès thérapeutiques
- D . La streptomycine
- E . Les insuffisances
- F . Les origines du traitement ambulatoire

II - LES EXPERIENCES MODERNES

- A . Expériences de Madras
 - a) première expérience
 - b) deuxième expérience

B. Les autres expériences à l'étranger

a) les différentes expériences

1^o - Bell, Tyrell

2^o - Wier

3^o - Berté et Dunnington

4^o - Kass

b) les facteurs influençant la
réponse au traitement

C . L'expérience de Kreiss (France)

D . Schéma thérapeutique général des
expériences modernes

DEUXIEME PARTIE

(l'expérience concrète)

I - DEROULEMENT DE L'ENQUETE

A . Répartition des malades selon
l'ethnie, l'âge, le sexe

B . Répartition selon la nature des
lésions initiales

C . Répartition selon les conditions
bactériologiques

D . Répartition selon les circonstances
de découverte

E . Répartition selon les maladies associées

F . Evolution pendant le séjour hospitalier

a) délai de négativation

b) durée de l'hospitalisation

c) aspect radiologique à la sortie de l'hôpital

G . Conditions de la reprise de l'activité

a) nature du travail repris

b) situation familiale

II - RESULTATS DE L'ENQUETE

A . Résultats généraux

a) hospitalisations

b) rechutes

c) décès

d) grossesses

B . Bilan radiologique

C . Bilan bactériologique

D . Malades perdus de vue

III - ORGANISATION PRATIQUE

A . Impératifs du traitement

B . La sortie de l'hôpital

C . La surveillance médicale

a) déroulement des consultations

b) rythme des consultations

c) durée de la surveillance

D . Difficultés rencontrées

a) travailleurs étrangers

b) difficultés diverses

IV - CONCLUSIONS DE L'ENQUETE

V - PERSPECTIVES D'AVENIR

R E S U M E

O O O
O O
O

INTRODUCTION

THESE DOCUMENTS SONT LA PROPRIETE DE LA BIBLIOTHEQUE
NATIONALE ET SONT SOUS LA GARANTE DE LA LOI
DU 17 JUILLET 1881 SUR LE DROIT DE REPRODUCTION

La Tuberculose, grâce aux progrès thérapeutiques réalisés, n'est plus le fléau social qu'elle était, malgré une morbidité encore notable.

Les méthodes classiques de la lutte antituberculeuse qui considéraient traitement et activité incompatibles ont été bouleversées. Les expériences tentées dans le monde entier ont montré que le retour du malade au foyer ainsi que la reprise précoce du travail, loin de nuire à la guérison, favorisent celle-ci.

L'enquête faite à l'hôpital de la Salpêtrière dans le service de Monsieur le Professeur Agrégé SORS, est une illustration de cette conception moderne du traitement de la tuberculose pulmonaire.

Mais avant de rendre compte de cette enquête, un rappel historique permettra de la situer, ainsi que les expériences semblables, dans l'évolution de la thérapeutique anti-tuberculeuse.

P R E M I E R E P A R T I E

I - HISTORIQUE

II - EXPERIENCES MODERNES

I - HISTORIQUE

Plusieurs étapes ont été successivement franchies par la thérapeutique antituberculeuse.

A . Les premières tentatives

Elles datent du siècle dernier, époque où l'on se contente encore de poser le diagnostic et d'attendre l'issue fatale :

a) EN 1886, les travaux de Pasteur faisant école, l'idée d'une vaccination voit le jour. Cavagnis, médecin vénitien, atténuant la virulence du bacille par l'acide phénique, injecte des solutions de plus en plus virulentes à des animaux et constate alors que ceux-ci deviennent réfractaires à une inoculation virulente tuberculeuse. Ainsi naît l'ébauche de la vaccination par le B C G mis au point par Calmette et Guérin 23 ans plus tard.

b) Parallèlement et par tous les moyens, on tente d'atteindre le bacille pour l'atténuer ou le détruire :

- soit en utilisant l'antagonisme d'autres bactéries comme le fait Cantani en 1885. Substituant au bacille tuberculeux le bactérium Termo, bacille saprophyte qu'il administre en inhalations du bouillon de culture, il obtient des améliorations cliniques.

- soit en essayant, selon les doses et les modes les plus variés, les divers produits pharmacologiques du moment. Hélas, pas plus que les autres moyens, ils n'atteignent le succès espéré.

B . Cures climatiques et lois sociales

a) thérapeutique climatique

Ces échecs entraînent les médecins à donner la plus grande importance aux problèmes hygiéno-diététiques, le traitement repose alors sur les principes suivants :

- celui d'une cure climatique en établissement spécialisé,
 - d'une suralimentation surtout protidique,
 - enfin, d'une inactivité complète permettant, en diminuant les besoins énergétiques, une efficacité maximale du facteur climatique.
- Mais, ce mode de traitement, pris à la lettre par des médecins démunis, signifie pour le malade une rupture le plus souvent définitive avec la vie normale.

b) Lois sociales en faveur des cures.

C'est l'époque des lois sociales visant à créer tout un ensemble d'établissements de cure :

- Loi de Léon Bourgeois en 1916 sur les dispensaires.
- Loi de André Honorat en 1919 sur les sanatoriums.

Cependant, 2 habitants sur 1000 meurent encore de la tuberculose en France en 1922.

C . Développement des techniques d'exploration et progrès thérapeutiques

Progressivement, le médecin acquiert le secours de différentes techniques :

- radioscopie
- radiographie
- exploration de l'allergie tuberculinique
- collapsothérapie, introduite en France en 1908 par Forlanini, constituant un grand progrès mais venant renforcer la nécessité du placement sanatorial.

Cependant, 1 habitant sur 1000 meurt encore de tuberculose en 1939

D . La streptomycine

Avec la streptomycine de Walksmann, introduite en France en 1947, s'ouvre l'ère de l'antibiothérapie. Alliée à l'extension de la vaccination par le B C G et le dépistage systématique, elle abaisse la mortalité annuelle au taux de 0,13 pour 1000 en 1966.

E . Les insuffisances

Malgré ces victoires, le problème de la réinsertion sociale du malade reste toujours posé. Le traitement, s'il stérilise l'expectoration et nettoie les images radiologiques, implique obligatoirement :

- un éloignement du milieu familial
- une suppression souvent définitive de toute activité professionnelle
- une discipline de vie reposant sur une inactivité stricte

On imagine facilement qu'après de longs mois d'une telle vie, la reprise de l'activité antérieure soit pénible, voire impossible.

F . Les origines du traitement ambulatoire

De nombreux médecins se sont penchés tôt sur le problème du reclassement des malades et on voit apparaître, au début du siècle, ici et là, quelques expériences significatives :

- en 1916, Sir Pendrill Varier Jones crée une colonie sanitaire à Papworth, colonie où les malades, dès le début de leur séjour sont à la fois traités, rééduqués, et remis en condition de vie active.

- en 1917, la célèbre usine d'Altrowork Shop accueille des tuberculeux sortant pour la plupart du sanatorium de Montefiore.

Ils effectuent progressivement dans cet établissement original leur réadaptation à une vie normale en fournissant un travail quotidien.

Sans l'aide de notre arsenal thérapeutique actuel, ces tentatives ne pouvaient bien sûr aboutir aux succès escomptés, mais elles ont valeur d'exemple de même que d'autres, telle celle de Dumarest à Hauteville.

Hélas, tous les essais de cette époque sont décevants et les statistiques d'E. Bernard et Bergeron en 1947 sur plusieurs milliers de malades montrent que dans 80 % des cas se posent des problèmes graves de reclassement. Il faut attendre 1950 pour que, l'idée ayant fait son chemin, elle soit mise en pratique par le décret du 6 janvier disant :

" le réentraînement à l'effort, l'adaptation ou la récupération professionnelle des tuberculeux s'effectuent :

- en sanatorium, au cours de la cure sanatoriale
- dans les établissements de post-cure
- dans les ateliers spécialisés, les établissements ou entreprises où les intéressés ont obtenu d'exercer un métier
- à domicile "

Dès lors, se multiplient dans le monde entier les essais thérapeutiques visant à faire retrouver au malade son activité antérieure dans les délais les plus brefs. Le retour à la vie normale s'effectue ainsi directement, sans passage intermédiaire dans des établissements spécialisés où les malades, se retrouvant entre tuberculeux, forment une petite communauté " à part " dans une sorte de lieu de ségrégation

Entamer le dogme du séjour en sanatorium est difficile. Le problème est d'autant plus délicat que la désertion des sanatoriums par les malades pose le problème de la reconversion, non pas tant des locaux que du personnel médical et les réactions passionnées s'expliquent.

Pourtant, malgré les services qu'il a rendus, la preuve n'est plus à faire que le sanatorium prépare bien mal à la reprise d'une vie normale en :

- créant un déracinement
- imposant un mode de vie oisif
- favorisant l'alcoolisme déjà souvent associé à la tuberculose

II - EXPERIENCES MODERNES

Depuis 1956, l'Inde, les Etats Unis, l'Angleterre, l'Afrique, sont tour à tour le cadre d'expériences thérapeutiques.

A . Les expériences de MADRAS (Inde)

a) première expérience : A MADRAS, en 1959, le centre de Chimiothérapie Antituberculeuse étudie l'évolution comparée de 193 tuberculeux pulmonaires traités pour 97 d'entre eux, en sanatorium, et pour les 96 autres, à domicile. Les résultats obtenus sont les suivants :

1^o - sur les 193 patients, 8 décès sont observés dus à d'autres causes que la tuberculose

2^o - après 5 années de recul, sur les 185 sujets vivants, on observe

90 % de guérison bactériologique et

4 % de tuberculoses évolutives dont 6 ont abouti à un décès.

3^o - à la fin de l'enquête, la proportion de guérisons est de 90 % chez les personnes traitées à domicile et 89 % chez celles traitées en sanatorium.

Les auteurs soulignent que les résultats obtenus en ambulatoire sont aussi bons que ceux obtenus en sanatorium, malgré les facteurs défavorables de milieu :

- mauvaise alimentation
- conditions de logement défavorables
- travail pénible.

b) deuxième expérience : Un autre rapport, du même établissement, étudie chez 127 Indiens du sud traités, pour 57 d'entre eux à domicile, et pour 70 en sanatorium, les facteurs suivants :

- régime
- conditions de logement
- réadaptation à la vie active

Les résultats observés sont bons malgré des conditions défavorables.

1) les résultats : Au cours des 4 années d'observation, les cas de rechute bactériologique sont de 9 % dans le cas du traitement ambulatoire et de 10 % pour les malades traités en sanatorium.

2) les conditions défavorables : Les malades traités à domicile et maintenus bactériologiquement négatifs le sont malgré des conditions défavorables :

. le régime alimentaire comprend en moyenne

calories	1700	)	
hydrates de carbone	400 g	)	
protéines	50 g	)	24 heures
graisses	20 g	)	

Il s'agit donc d'un régime pauvre en calories, relativement riche en hydrates de carbone, mais carencé en protéines, en graisses de même qu'en phosphore, en fer et en vitamines

. les conditions de logement sont rudimentaires :

79 % des malades vivent dans moins de 4.05 m² par personne

39 % dans moins de 2.25 m²

. quant aux conditions de travail des patients, elles sont souvent difficiles. La plupart des patients reprennent leurs occupations antérieures entre les 30 et 45 jours suivant le début du traitement. Elles se répartissent ainsi :
(vérification portant sur 52 malades)

sans emploi	6
ménagères	9
artisans et ouvriers qualifiés . .	14
manoeuvres lourds	5
manoeuvres légers	10
religieux et professions libérales	6
autres	2

Un grand nombre de ces emplois comporte de longues heures de travail et une activité physique considérable dans un climat tropical humide

c) conclusions de l'expérience

Au total, de cette très intéressante expérience de Madras, on peut tirer les conclusions suivantes :

- les résultats observés dans les groupes de malades traités soit à l'hôpital soit à domicile diffèrent peu
- le cadre de Madras, comme toute l'Inde, réunit pour une pareille expérience les facteurs les plus défavorables d'alimentation, de logement et de travail, ce qui donne encore plus de valeur aux résultats obtenus.

B . Les autres expériences à l'Etranger :

Wallace Fox réunit en 1968 dans la John Barnwell Lecture les différentes études entreprises dans le monde et comparant comme à Madras l'efficacité du traitement associé ou non à une activité normale.

Enquête	Année	Nombre de Patients	Objet de la comparaison	Durée	Réponse à la fin de la période
- Wier et Collaborateurs (USA)	1957	281	Repos et exercice au sanatorium	6 mois	égale
- Wynn-Williams et Shaw (Gde Bretagne)	1960	62		6 mois	égale
- Tyrell (Ecosse)	1956	91	Traitement en ambulatoire ou en sanatorium	6 mois	égale
- Centre de chimiothérapie antituberculeuse (Inde)	1959	163		1 an	égale
- Bell (Ghana)	1960	89		3 mois	égale
- Groupe anglais de recherche médicale en Afrique orientale (Kenya-Ouganda et Tanganyika)	1966	251	Ambulatoire dès le début ou 2 mois en sanatorium suivis de traitement ambulatoire	1 an	égale
- Société écossaise de la tuberculose (Ecosse)	1960	103	- Repos à la maison ou au sanatorium - ou travail normal	3 mois	égale

a) les différentes expériences :

1^{re} . BELL au Ghana et TYRELL en Ecosse.

Plusieurs de ces études, en dehors de celle de Madras, ont été entreprises dans des régions où les conditions de vie pour les patients traités en externe étaient très défavorables :

- celle de BELL au Ghana

- celle de TYRELL à Glasgow, entreprise à une époque où les conditions de logement dans cette ville étaient probablement plus mauvaises que partout ailleurs en Angleterre.

2^{de} . Expérience de WIER

Parmi les autres se détache celle de WIER et collaborateurs qui publient, avec la participation de l'hôpital militaire Fritz Simons, un rapport sur l'étude comparée du repos et de l'exercice physique à l'hôpital en cours de traitement.

Ce travail est l'une des premières études rapportées. Mais, le colonel Wier qui s'intéressa très tôt au problème de l'exercice physique avait déjà tenté une expérience sur 105 patients.

Ces malades, tout en suivant leur traitement à l'hôpital, employaient leur temps ainsi :

- gymnastique
- sports de compétition
- emploi rémunéré de 8 heures par jour à l'hôpital

Les seuls éléments défavorables notés dans le groupe de 105 patients furent deux fractures survenues au cours d'un sport de compétition.

3° . Expérience de BERTE et DUNNINGTON :

Intéressante aussi est l'étude de BERTE et DUNNINGTON en 1960. Elle porte sur le traitement ambulatoire et la réinsertion précoce d'une série de 233 patients portée plus tard à 538 en 1962.

4° . Expérience de KASS :

Il faut également noter que KASS et collaborateurs, du centre hospitalier national juif aux U S A, préconisent en 1962 les bienfaits d'une activité physique durant la chimiothérapie antituberculeuse. Ils soulignent que cette activité ne doit tenir compte ni de l'étendue anatomique des lésions, ni du bilan bactériologique initial.

b) les facteurs influençant le traitement :

A la lumière de ces différentes expériences, Wallace Fox résume ainsi les facteurs influençant la réponse au traitement :

		repos
		conditions de logement
		régime alimentaire
sans importance	:	soins infirmiers
		climat
		séjour dans les pins
		facteur psychologique
relativement peu importants	:	sévérité de la maladie
importants	:	chimiothérapie
		coopération du malade

C . France - l'expérience de KREISS

Plus près de nous, KREISS et collaborateurs publient en 1968 à Paris, les résultats d'une enquête portant sur 180 malades et étudiant la reprise du travail dès les premiers mois du traitement. Ces patients, européens ou africains ont été étudiés pendant une période s'étalant sur 3 ans 1/2 et traités selon le schéma suivant :

- d'abord à l'hôpital ou en sanatorium, jusqu'à obtention d'une expectoration bactériologiquement négative.
- puis en ambulatoire, tout en reprenant leur activité antérieure.

Aucune rechute n'a été observée ni aucun abandon de travail.

D . Schéma thérapeutique des expériences modernes

Qu'elles soient africaines, indiennes, américaines ou européennes, ces différentes expériences utilisent toutes une même conduite thérapeutique visant deux objectifs :

- assurer la stérilisation bactériologique des lésions.
- éviter une résistance bacillaire.

a) déroulement du traitement

Le schéma proposé par MIDDLEBROOK et collaborateurs ainsi que par CANETTI est le suivant :

- 1^{re} . la première phase est une période de traitement intensif avec 2 médicaments majeurs ou plus (3 en pratique)
- 2^{de} . elle est suivie de la seconde phase, dite d'entretien, période de chimiothérapie moins intense avec 2 médicaments.

b) les différents antibiotiques

Cette thérapeutique suppose l'utilisation des médicaments à doses suffisantes et la poursuite de la chimiothérapie pendant un temps suffisamment long.

Aux différents antibiotiques classiques utilisés dans ces expériences, qu'ils soient majeurs :

- en première ligne . . RIMIFON
- en deuxième ligne . . STREPTOMYCINE, ETHAMBUTOL

ou qu'ils soient de relais :

- ACIDE PARA AMINO SALICYLIQUE
- THIOAMIDES
- CYCLOSERINE
- VIOMYCINE
- PYRAZINAMIDE

est venue s'ajouter la RIFAMPYCINE, antibiotique fongique isolé à Milan en 1958 par Sensi, à partir d'une souche de Streptomyces méditerranéen recueillie sur nos côtes près de Saint Raphaël. Comparable à l'I N H par ses propriétés tuberculostatiques, elle possède de plus une activité bactériolytique et est actuellement le plus puissant des antibiotiques majeurs. Son mode d'administration par voie orale en fait un antibiotique de choix pour ces traitements modernes

DEUXIEME PARTIE

EXPERIENCE CONCRETE

- I - DEROULEMENT de l'ENQUETE
- II - RESULTATS
- III - ORGANISATION PRATIQUE
- IV - CONCLUSIONS de l'ENQUETE
- V - PERSPECTIVES d'AVENIR

L' E X P E R I E N C E
C O N C R E T E

Traitement de 50 Malades suivis en
ambulatorio dans le Service de
Monsieur le Professeur Agrégé SORS

I - DEROULEMENT DE L'ENQUETE

Cinquante malades entrent dans le cadre de cette étude. Ces malades ont accepté de reprendre une activité normale dès leur sortie de l'hôpital, tout en continuant leur traitement.

Tous adultes, des deux sexes, ils sont entrés dans le service entre le 24 octobre 1966 et le 20 février 1968. Chez tous ces malades, le diagnostic de tuberculose pulmonaire a été porté à l'aide des moyens habituels, cliniques, radiologiques et biologiques, et le traitement a été entrepris après trois examens successifs, avec culture du liquide de tubage. Ils ont reçu un traitement associant trois antibiotiques : Rimifon, Streptomycine, P.A.S. Enfin la stérilisation de l'expectoration a été mise comme condition à la poursuite du traitement en ambulatoire.

A . Répartition des malades selon l'ethnie, l'âge, le sexe :

Le groupe étudié se compose ainsi :

- 4 malades sont des Africains de race noire
- 6 sont des Africains du Nord
- 40 sont des Européens

Sur le plan de l'âge :

- 36 % ont moins de 30 ans
- 24 % ont de 30 à 40 ans
- 40 % ont plus de 40 ans

Enfin :

- 23 sont de sexe féminin pour
- 27 de sexe masculin

âge	moins de 30 ans	de 30 à 40 ans	plus de 40 ans
nombre	18	12	20
%	36 %	24 %	40 %

classification en fonction de l'âge

Ethnie	Africains du Nord	Africains de race noire	Européens
nombre	6	4	40
%	12 %	8 %	80 %

classification en fonction de l'ethnie

B . Répartition des malades selon la nature des lésions initiales

L'atteinte est variable, allant de la plus limitée à la plus étendue, voire bilatérale, et se répartit ainsi :

- 2 pleurésies
- 8 disséminations nodulaires unilatérales ou bilatérales
- 19 infiltrats limités ou étendus
- 17 cavités
- et enfin, dans 4 cas, il s'agit de tuberculose ganglionnaire médiastinale.

Sur les 20 cavités, 8 sont isolées et 12 sont associées à des infiltrats.

nature des lésions	tuberculose ganglionnaire	nodules	infiltrats	cavités	pleurésies
nombre	4	8	19	17	2
%	8 %	16 %	38 %	34 %	4 %

classification en fonction de l'image radiologique initiale

La classification en fonction de l'étendue des lésions radiologiques et des cavités montre :

a) pour les 34 images radiologiques ne comportant pas de cavités :

- 17, 9 % de tuberculoses minimales
- 32, 3 % de tuberculoses peu étendues

- 38, 2 % de tuberculoses d'étendue moyenne
- 11, 8 % de tuberculoses très étendues

étendue des lésions	tuberculoses minimales	peu étendues	étendue moyenne	très étendues
nombre	6	11	13	4
%	17, 9 %	32,3 %	38,2 %	11,8 %

classification des images radiologiques initiales en fonction de l'étendue des lésions (à propos de 34 images ne comportant pas de cavités)

b) pour les images comportant des cavités (4 isolées et 13 associées à d'autres lésions) :

- 58,8 % entrent dans la classe I des cavités
- 35, 2 % entrent dans la classe 2
- 5,9 % entrent dans la classe 3

classe des cavités	cavités classe 1	cavités classe 2	cavités classe 3
nombre	10	6	1
%	58,8 %	35,2 %	5,9 %

classification en fonction de la classe des cavités.

C . Répartition des malades selon les conditions bactériologiques

a) étude des conditions bactériologiques en fonction de l'aspect radiologique des lésions initiales:

- sur les 2 cas de lésions pleuro-pulmonaires, 2 sujets sont bacillifères
- sur les 4 cas de tuberculose ganglionnaire médiastinale, 3 sujets bacillifères sur 4
- sur les 8 cas de dissémination nodulaire, 8 sujets bacillifères sur 8
- sur les 19 cas d'infiltrats, 11 sujets bacillifères sur 16
- sur les 17 cas de cavités, 18 sujets bacillifères sur 20

	pleurésie	tuberculose ganglionnaire	nodules	infiltrats	cavités
BK +	2	3	8	14	15
BK -	0	1	0	5	2
total	2	4	8	19	17

bactériologie et images radiologiques

b) étude de la résistance aux antibiotiques :

On trouve parmi les 42 sujets bacillifères, 4 cas de résistance primaire aux médicaments avant tout traitement

- résistance à l'I.N.H. 0
- résistance à la streptomycine 1 cas
- résistance au 1314 2 cas
- résistance au P.A.S. 0
- plurirésistance 1 cas

D . Répartition des malades selon les circonstances de découverte

Dans la grande majorité des cas, une atteinte de l'état général a inquiété le malade et l'a amené à consulter

En deuxième position, viennent les découvertes de dépistage systématique :

- dans 30 cas, il s'agit d'une atteinte de l'état général
- dans 12 cas, il s'agit d'un dépistage systématique
- dans 6 cas, il s'agit d'hémoptysie
- enfin dans 2 cas, il s'agit de douleurs thoraciques imprécises.

circons- tances	état général	dépista- ge systé- matique	hémop- tysie	douleur
nombre	30	12	6	2
%	60 %	24 %	12 %	4 %

Circonstances de découverte

E . Répartition des malades en fonction
des maladies associées à la tuberculose
pulmonaire

- dans 35 cas, la tuberculose pulmonaire est isolée
- dans 4 cas, la tuberculose pulmonaire est associée à un ulcus gastrique.
- dans 4 cas, il y a un éthylysme chronique
- dans 2 cas, un diabète est associé
- 2 malades souffrent d'une affection psychiatrique
- 1 malade, d'une épilepsie
- 1 malade, d'une maladie de Parkinson
- 1 malade, enfin présente une localisation tuberculeuse autre que pulmonaire

F . Etude de l'évolution pendant le
séjour hospitalier

a) les délais de négativation de l'expectoration sont les suivants :

- sur 42 sujets bacillifères à leur entrée, 22 sont négativés au bout du premier mois de traitement
- 8 le sont au bout du deuxième mois
- 7 le sont au bout du troisième
- 4 le sont au bout du quatrième
- 1 enfin, au bout du cinquième mois

b) durée de l'hospitalisation :

Les délais de négativation portent, pour les 50 malades étudiés, la durée de l'hospitalisation à :

- moins de 90 jours dans 38 des cas
- de 90 à 180 jours dans 12 cas

délai	1er mois	2ème mois	3ème mois	4ème mois	5ème mois
nombre	22	8	7	4	1
%	52 %	19 %	17 %	10 %	2 %

Délais de négativation de l'expectoration
(sur 42 sujets bacillifères)

c) aspect radiologique des lésions à la sortie de l'hôpital par rapport aux lésions initiales :

- sur 19 images initiales à type d'infiltrat, il en reste 7
- sur 17 images à type de cavité, il en reste 5
- 2 images à type de nodules persistent encore ainsi qu'une image d'épanchement.
- enfin, la majorité des images sont séquellaires

nature des lésions	infiltrats	cavités	épanchement	adénopathies	séquelles
nombre	7	5	1	2	35

Aspect radiologique des lésions à la sortie de l'hôpital

G . Etude des conditions de reprise de l'activité

L'expectoration étant stérilisée, les malades sont rendus à leur activité antérieure, après un ou deux mois de repos à domicile, temps nécessaire pour reprendre contact avec l'employeur et régler les formalités administratives.

a) nature du travail repris :

- 23 ont repris un travail de manoeuvre
- 4 un travail de manoeuvre particulièrement fatigant
- 9 le métier d'ouvrier spécialisé
- 14 une profession sédentaire

nature de la profession	manoeuv-re lourd	manoeuv-re	ouvrier spécia- lisé	séden- taire
nombre	4	23	9	14
%	8 %	46 %	18 %	28 %

Activité reprise à la sortie de l'hôpital

Pour la majorité des malades, les horaires de travail comportent 8 heures de présence par jour et, pour l'un d'entre eux, jusqu'à 10 heures.

b) situation familiale :

- 9 célibataires dont un avec un enfant
 - 13 mariés avec un enfant
 - 6 mariés sans enfant
 - 11 avec deux enfants
 - 4 avec 3 enfants
 - 2 avec 4 enfants
 - 5 enfin avec 5 enfants ou plus
-

II - RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Le bilan donné est celui du mois d'octobre 1969, avec un recul allant de 3 mois à 18 mois.

- 3 mois pour les malades entrés les premiers dans l'enquête, en octobre 1966
- 18 mois pour les derniers, entrés au mois de février 1968

A . Résultats généraux

Le traitement ambulatoire a été très bien supporté. Les problèmes qui ont pu se poser sont plus d'ordre psychologique que physique, les malades étant souvent hantés par la crainte d'une rechute.

a) nouvelles hospitalisations :

Deux malades sont hospitalisés à nouveau pour des affections non tuberculeuses tandis qu'un seulement l'est pour contrôle bactériologique et radiologique.

b) rechutes :

Aucune rechute vraie n'est observée

c) décès :

Un décès est noté, non lié à la tuberculose, après un an de traitement ambulatoire

d) grossesses :

Enfin, trois grossesses sont observées, normalement menées à terme.

B . Bilan radiologique

Le dernier bilan radiologique, pratiqué en octobre 1969, met en évidence une remarquable transformation des images par rapport à celles du bilan de sortie de l'hôpital

- à la fin de l'hospitalisation, aucun des malades ne présentait une image thoracique normale, alors qu'au bilan de 1969, 22 d'entre eux retrouvent un aspect radiologique normal.
- parmi les 35 images séquellaires stables observées lors du bilan de sortie, 8 ont totalement disparu.
- les 5 images cavitaires et l'image d'épanchement ont toutes disparu
- enfin, alors que 2 malades présentaient une image de tuberculose ganglionnaire médiastinale, 1 seul présente une image d'adénopathie au mois d'octobre 1969

nature de l'image	I T N	séquelles
nombre	22	27
%	44 %	54 %

Aspect radiologique au dernier bilan

C . Bilan bactériologique

Durant la période où ils ont été suivis, tous les malades, sauf un, sont restés bactériologiquement négatifs.

En effet, dans un cas, un tubage positif à l'examen direct, associé à une discrète altération de l'état général, a fait juger l'hospitalisation préférable malgré une culture négative. Le malade est donc entré à nouveau dans le service après 9 mois de traitement ambulatoire. L'image pulmonaire s'est révélée identique à celle du bilan de sortie et au bout d'un mois, parfaitement négatif, il est sorti et a repris son travail. Le dernier bilan, 15 mois plus tard était normal. Il s'agissait donc probablement, dans ce cas, d'un bacille de Koch mort observé à l'examen direct.

D . Malades perdus de vue

Si les résultats sont applicables à la plupart des malades, dans 7 cas cependant on doit déplorer un relâchement progressif de l'assiduité aux consultations ayant abouti à un absentéisme complet de ces malades qui ont finalement été perdus de vue. Sur les sept, cinq ont reçu plus de 6 mois de traitement ambulatoire. Pour les 2 autres, hélas, moins de 6 mois.

Si ces échecs révèlent les imperfections et les difficultés de la réalisation pratique du traitement ambulatoire, leur petit nombre est encourageant et les désertions de ce genre ne sont pas l'apanage de ce mode de traitement.

III - ORGANISATION PRATIQUE -

A . Impératifs du traitement

Le traitement ambulatoire doit permettre

a) la reprise par le malade de son activité antérieure

b) la poursuite de la chimiothérapie

c) un contrôle efficace compatible avec une vie familiale et professionnelle normales

B . La sortie de l'hôpital

Le malade sorti de l'hôpital, le service social entre en contact avec l'employeur. Parallèlement, on adresse une lettre au médecin du travail l'informant que le travailleur n'est pas contagieux et peut reprendre son emploi antérieur.

Le malade, après un ou deux mois de convalescence chez lui, retrouve donc son activité tout en prenant quotidiennement ses médicaments.

C . La surveillance médicale

a) déroulement des consultations de contrôle - elles comprennent :

- un examen médical pratiqué par un médecin spécialisé, toujours le même en principe, connaissant particulièrement bien chaque malade.

Sont alors soigneusement notés sur l'observation, l'état général du sujet, son degré de réadaptation à l'ancien emploi, ses éventuels conflits familiaux ; le malade est aussi interrogé quant à la prise régulière ou non de ses médicaments.

- examen de contrôle radiologique, bactériologique et sanguin. Eventuellement, on pratiquait également, à l'époque où le P A S était encore couramment utilisé, un test urinaire, le Phénistix permettant de vérifier la prise réelle de P A S .

b) rythme des consultations

Il est fonction du degré de coopération du malade.

- tous les 15 jours en moyenne puis tous les mois pour les malades prenant régulièrement leurs médicaments.

- le rythme pouvant atteindre 2 consultations par semaine pour les sujets de coopération plus difficile avec prise de médicaments en présence du médecin.

Mais, plus qu'une simple visite de routine, cette consultation est aussi un véritable dialogue qui permet au malade de parler en détail de ses conditions de vie.

A chaque consultation, on fixe la date de la visite suivante. En cas d'absence à la date prévue, des convocations sont envoyées. On peut souligner ici l'importance d'un secrétariat bien organisé.

La gratuité des consultations et des médicaments est en principe assurée par la Sécurité Sociale qui fait bénéficier les malades des avantages réservés aux malades de longue durée.

c) durée de la surveillance

Les malades sont traités 12 à 18 mois et sont ensuite suivis le plus longtemps possible. Cette durée de traitement a d'ailleurs pu être

réduite depuis l'introduction de l'antibiotique majeur qu'est la RIFAMPYCINE, introduction postérieure à la présente enquête.

D . Difficultés rencontrées

Un certain nombre de malades ne peuvent hélas bénéficier du traitement ambulatoire. C'est le cas des malades non pris en charge par la Sécurité Sociale, et qui ne peuvent subvenir aux frais médicaux nécessaires :

- malades associaux
- chômeurs volontaires

Les autres peuvent donc en principe avoir les avantages du traitement mais tout ne va pas sans difficultés

a)) cas des travailleurs étrangers

Pour ces travailleurs, en France depuis peu, en majorité africains et comprenant souvent mal ou pas du tout notre langue, la difficulté est de faire comprendre le but du traitement.

En effet, s'ils désirent reprendre très vite leur travail pour subvenir aux besoins d'une famille le plus souvent restée en Afrique, ils adoptent plus difficilement l'idée d'un traitement prolongé.

Avec l'aide d'interprètes ou d'employés hospitaliers de même origine, on parvient à établir le contact qui se maintiendra ensuite grâce au médecin et à l'assistante sociale.

b) difficultés diverses

Pour les autres malades, se pose parfois le problème de l'acceptation ou de la bonne poursuite du traitement du fait :

- d'idées reçues sur la tuberculose et son traitement
- du profil psychologique de certains sujets installés dans leur maladie et nullement pressés de reprendre leur emploi
- de pressions exercées par la famille qui craint une rechute, une contagion
- de maladies intercurrentes
- de complications administratives

Au total, une bonne équipe, une organisation sans faille mais surtout la coopération du malade et de sa famille sont donc indispensables à la réussite de ce traitement.

IV - CONCLUSIONS DE L'ENQUETE

Les 50 malades de l'enquête sont entrés dans le service entre les mois d'octobre 1966 et avril 1968 et y ont reçu la phase d'attaque de leur traitement antituberculeux. Puis, rendus à leur activité antérieure, ils ont entrepris la phase d'entretien du traitement tout en venant régulièrement aux consultations de contrôle.

Les résultats, au dernier bilan (octobre 1969) sont très satisfaisants. Aucune rechute n'a été observée et les malades ayant suivi sérieusement leur traitement ont tous été guéris.

L'enquête est donc concluante. Ces malades, qui, par les méthodes classiques de traitement auraient séjourné de longs mois en sanatoriums, perdant ainsi tout contact avec la vie active, ont bénéficié du traitement ambulatoire. Celui-ci les a tout de suite rendus

à une vie normale et il ressort de cette tentative que l'effort quotidien d'un travail, même de force, des conditions de vie parfois difficiles, ne sont pas incompatibles avec un traitement antituberculeux efficace.

V - PERSPECTIVES D'AVENIR

L'étude intéressant ces 50 malades ne représente que le début d'une vaste enquête commencée en 1966 et se poursuivant actuellement.

Les malades suivants bénéficient de l'introduction de la RIFAMPYCINE, antibiotique majeur qui représente sur les autres antibiotiques de grands avantages :

a) activité antibiotique très puissante, à la fois bactériostatique et bactériolytique ; de toxicité très faible, il vient donc se placer au premier rang des antibiotiques majeurs.

b) réduction de la durée totale du traitement qui peut être ramenée à un an, neuf mois et même six mois. Une moyenne de un an semble apporter toute la sécurité désirée.

c) raccourcissement de la phase d'attaque par négativation très rapide de l'expectoration, permettant une reprise précoce de l'activité.

d) prise orale assurant une commodité d'emploi très appréciable en pratique ambulatoire

e) efficacité même en prise unique par 24 heures, 2 fois par semaine seulement.

R E S U M E



1 - Peut-on guérir un tuberculeux pulmonaire tout en lui autorisant une activité normale ? C'est le but que se propose le traitement ambulatoire. L'enquête réalisée sur ce sujet dans le service de Monsieur le professeur Agrégé SORS à l'hôpital de la Salpêtrière s'inscrit dans tout un ensemble d'expériences récentes tentées dans le monde entier, notamment en Inde, aux Etats Unis et en Grande-Bretagne.

2 - 50 malades entrent dans la présente enquête - Adultes des deux sexes (23 femmes et 27 hommes) de tous âges et en majorité Européens (80 %). Ils sont issus de milieux économiques le plus souvent modestes.

3 - Leur type d'atteinte est variable (2 pleurésies, 8 disséminations nodulaires uni ou bilatérales, 16 infiltrats limités ou étendus, 20 cavités, 4 tuberculoses ganglionnaires-médiastinales), et 42 sujets sur 50 sont bacillifères.

Leur tuberculose a été révélée dans 60 % des cas par une altération de l'état général et dans 24 % des cas par un dépistage systématique.

4 - D'abord hospitalisés pour la phase d'attaque de leur traitement, ils ont reçu l'antibiothérapie triple classique associant P A S, Streptomycine et Rimifon, et la négativation de l'expectoration est intervenue dans 50 % des cas au cours du 1er mois.

5 - Après 3 tubages négatifs, les malades sont sortis de l'hôpital, le plus souvent dans des délais très brefs :

- dans 4 cas, avant le 90^e jour
- dans 26 cas, entre le 3^e et le 6^e mois
- dans 13 cas, entre le 6^e et le 10^e mois
- dans 7 cas, entre le 10^e et le 18^e mois

L'aspect radiologique de leurs lésions était déjà alors, dans 70 % des cas, à type de séquelles.

6 - Rendus à leur activité antérieure (dans 54 % des cas, un travail de force), ils ont poursuivi leur traitement d'entretien en ambulatoire pendant une durée de 12 à 18 mois minimum, de 18 mois dans 44 % des cas. Pratiquement, le contrôle s'effectue au cours d'une consultation médicale gratuite dans le service, selon un rythme allant d'une fois tous les 15 jours à 2 fois par semaine.

7 - le bilan, pour 42 des malades, avec un recul allant de 3 mois à 18 mois après leur sortie de l'hôpital, montre une parfaite tolérance du traitement ambulatoire. On constate 44 % d'images thoraciques normales et 54 % d'images à type de séquelles. Il n'a été observé ni rechute, ni abandon de travail

8 - Pour les 8 autres malades, on déplore dans un cas un décès dû à une cause autre que la tuberculose, et dans 7 cas, une disparition des malades qui ont peu à peu déserté les consultations de contrôle.

Ainsi, lorsqu'ils ont suivi normalement leur traitement, les malades ont été guéris et le petit nombre d'échecs est encourageant. Il semble bien, à la lumière des différentes

expériences tentées dans le monde, que la théorie ambulatoire se trouve contrôlée à chaque nouvel essai. Traiter le malade dans son cadre familial et professionnel le plus rapidement possible, à condition de pouvoir le contrôler très régulièrement, voilà le but du traitement ambulatoire

O O O
O O
O

Vu :

Le Président

Signé : C. SORS

Vu :

Le Doyen de la
Faculté de Médecine
Pitié-Salpêtrière

Signé : P. CASTAIGNE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris

Signé : R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN REVIEW OF RESPIRATORY DISCOSE

Volume 97, 1968 : "The John Barnwell Lecture changing concepts in the chemotherapy of pulmonary tuberculosis" by Wallace Fox

- BULLETIN DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Volume 34, n° 4, 1966 :

1 - "5 year study of home and sanatorium treatment of tuberculosis" (J.J. 4. Dawson, S. Devadatta, Wallace Fox, S. Radhakrishna, C.V. Rama Krishnan, P.R. Somasundaram, H. Stott, S.P. Tripathy and S. Velu)

2 - "The Diet, physical activity and accomodation of patients with quiescent pulmonary tuberculosis in a poor south Indian community" (C.V. Rama Krishnan, Kanthi Rajendran, K. Mohan, Wallace Fox and S. Radhakrishna)

3 - "5 year study of tuberculosis among close family contacts in south India" (S.R. Kamat, J.J. 4 Dawson, S. Devadatta, Wallace Fox, B. Jamardhanam, S. Radhakrishna, C.V. Ramakrishnan, P.R. Somasundaram, H. Stott and S. Velu)

- REVUE DE TUBERCULOSE ET DE PNEUMOLOGIE

Tome 32 - juillet aout 1968

" La reprise du travail des tuberculeux dès les premiers mois du traitement - enquête sur 180 malades) par K. Kreis, J.J. Hazemann et S. Pretet

- REVUE DE TUBERCULOSE ET DE PNEUMOLOGIE

1968 - T. 32 n° 4 - pages 527 à 536
Roger Even

- THESE D'ANDRE ZIEGLER - Paris

1952 = 954 - 14 U = 90973

- REVUE DU PRATICIEN - 1^{er} septembre 1967

" Nouveaux tuberculostatiques " par J.
Guillermant

- MEDICA - N° 87 - mai juin juillet 1970

" Traitement moderne de la tuberculose "
par Christian Sors

0 0 0
0 0
0

